

استئوبلاستوما فک پایین؛ گزارش موردی

دکتر محمدرضا سلیمان پور بروجنی^۱، دکتر امیر موسوی^۲، دکتر حسین میرپور^۲، دکتر حسین رستگارمقدم شالدوزی^۲، دکتر نیما غنی پور^{۲*}
 ۱-استادیار گروه جراحی دهان فک و صورت و عضو مرکز تحقیقات جمجمه فک و صورت؛ دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران؛ ایران.
 ۲-دستیار تخصصی گروه جراحی دهان فک و صورت و مرکز تحقیقات جمجمه فک و صورت؛ دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران؛ ایران.

پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۹/۲۸

اصلاح نهایی: ۱۴۰۱/۷/۱۷

وصول مقاله: ۱۴۰۰/۱۰/۲۹

Osteoblastoma of the Mandible, a Case Report

Soleimanpour Borojeni M¹, Mousavi A², Mirpour H², Rastegarmoghadamshalduzi, H², Ghanipour N^{2*1}.

1. Assistant Professor, Oral and Maxillofacial Surgery Department, Craniomaxillofacial Research Center, Dental Branch, Tehran Islamic Azad University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Oral and Maxillofacial Surgery Department, Craniomaxillofacial Research Center, Dental Branch, Tehran Islamic Azad University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: Jan 2022

; Accepted: Dec 2022

Abstract

Background and Aim: osteoblastoma is one of the rarest primary bone tumors with the potential for local invasion and recurrence. Although this disease is more common in vertebrae or small long bones, it rarely causes lesions in the jaw bones with a high tendency to involve the mandible. Correct diagnosis of osteoblastoma is very important because in cases where the lesion is percellular, it leads to misdiagnosis with osteosarcoma.

Case Report: The patient was a 52-year-old woman with a radiolucent lesion in the apical area of the molars. At right side of the mandible. The lesion continued from the mesial root of the third molar to the mesial root of the first molar. For histopathological examination of the tumor lesion after surgery, four lesions were removed. To remove them, the wisdom teeth and the first and second molars were also removed.

Conclusion: Jaw osteoblastoma is a rare tumor and its nonspecific clinical and radiographic manifestations cause diagnostic problems.

Key words: Case report, Osteoblastoma, Neoplasm, Bone tumor, Mandible

*Corresponding Author: dr.n.ghanipour@gmail.com

J Res Dent Sci. 2023;20 (2): 76-81

خلاصه:

سابقه و هدف: استئوبلاستوم از جمله نادرترین تومورهای اولیه استخوان با پتانسیل تهاجم موضعی و عود می باشد اگرچه این بیماری بیشتر در مهره ها یا استخوان های بلند کوچک مشاهده می شود، ولی به ندرت ضایعاتی در استخوانهای فک و با تمایل بالا به درگیری فک پایین ایجاد می شود. تشخیص درست استئوبلاستوما بسیار مهم است، زیرا در مواردی که ضایعه پرسلول باشد منجر به تشخیص اشتباه با استئوسارکوم می شود.

معرفی بیمار: بیمار خانمی ۵۲ ساله بود که دارای ضایعه رادیولوسنت در ناحیه اپیکال دندانهای مولر سمت راست مندیبل بود. ضایعه از اپکس ریشه مزایال دندان مول سوم تا ریشه مزایال مولر اول ادامه یافته بود. جهت بررسی هیستوپاتولوژیک ضایعه تومورال پس از جراحی، چهار ضایعه خارج شد که برای خارج کردن آنها دندانهای عقل و مولر اول و دوم پایین نیز خارج شدند.

نتیجه گیری: استئوبلاستوما فک تومور نادری است و تظاهرات بالینی و رادیوگرافیک غیراختصاصی آن باعث مشکلات تشخیصی می گردد.

کلمات کلیدی: گزارش موردی، استئوبلاستوما، نئوپلاسم، تومور استخوانی، فک پایین

مقدمه:

پاتولوژی استخوان شامل کلیه اختلالات ارثی، متابولیک، هورمونی، تومورهای خوش خیم و بدخیم استخوان می باشد.^(۱) استئوبلاستوما تومور نادر و خوش خیم استخوان است که از استئوبلاستها منشا میگیرد و اولین بار توسط Mayer و Jaffe در سال ۱۹۳۲ توصیف شد^(۲) استئوبلاستوما تومور به نسبت نادری است که کمتر از ۱٪ همه تومورهای استخوانی را تشکیل می دهد.^(۳) بیشترین استخوان هایی که مبتلا می شوند ستون مهره ها، استخوان خارجی و کاسه سر، استخوانهای دراز و استخوانهای کوچک دست و پا می باشند و به ندرت ممکن است این ضایعه در فک بالا و پایین رخ دهد که بیشتر فک پایین تمایل بیشتری نشان می دهد و بیشتر در زنان، در دهه اول تا چهارم بروز پیدا می کند.^(۴)

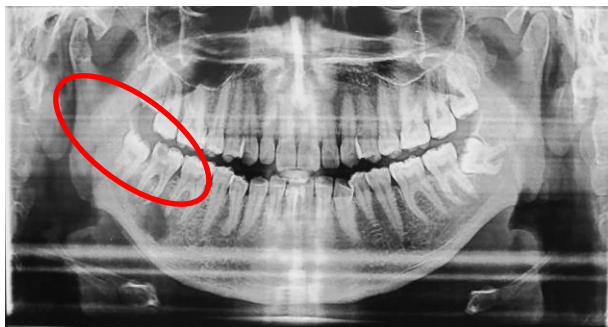
در بررسی فراوانی ضایعات فکی غیرادنتوژنیک همراه با تشکیل استخوان، استئوبلاستوما و استئوئید استئوما کمترین شیوع در بین سایر ضایعات به خود اختصاص دادند.^(۵) نمای رادیوگرافی این ضایعه ممکن است به صورت یک ضایعه رادیولوسنت با حدود آشکار و یا غیر آشکار و در برخی موارد با نواحی لکه لکه مینرالیزه مشاهده شود. استئوبلاستوما اغلب به صورت یک ضایعه داخل استخوانی و در بخش مرکزی استخوان ایجاد میشود و در نتیجه درد و تورم جزو ویژگی های شایع آن محسوب می شود و حتی در مواردی که در فک بالا رخ دهد با درد و تورم ناشی از عفونتهای ادنتوژنیک و حتی استئومیلیت اشتباه می شود.^(۴،۶)

علایم بالینی بیماران مبتلا به استئوبلاستوم غیراختصاصی می باشد. این بیماران معمولاً در تاریخچه خود دردهای شدید شبانه مزمن و طولانی مدت با منشا نامشخص که با مصرف داروهای حاوی سالیسیلات، بهبود نمی یابد را بیان می کنند.^(۶) در عین حال بیشتر این بیماران قادر به لوکالیزاسیون دقیق محل



شکل ۱- نمای کلینیکی با تورم در فک پایین سمت راست بیمار

در نمای رادیوگرافی ضایعه ای رادیولوسنت از اپکس ریشه مزایال دندان مول سوم تا ریشه مزایال مولر اول بود (شکل ۲).



شکل ۲- نمای رادیوگرافی با تورم در فک پایین سمت راست بیمار

این ضایعه کورتکس فوقانی کانال و کورتکس باکال و لینگوال را دچار اروژن کرده و Periosteal bone formation در کل ضایعه و در تمام سطوح خارجی آن دیده می شد. این ضایعه در بعد مزو دیستالی ۹ میلیمتر و به ارتفاع ۴ میلیمتر بود. بیمار یک هفته بعد تحت بیوپسی انسینال قرار گرفت. طبق گزارش پاتولوژی ضایعه "استئوبلاستومای خوش خیم" همراه با پاسخ سلولی التهابی مخلوط بود.

نوعی از استئوبلاستوما را Weiss و Dorfman در سال ۱۹۸۴ با عنوان استئوبلاستوم تهاجمی، که نشان دهنده یک ضایعه مرزی بین استئوبلاستوم خوشخیم و استئوسارکوم بود را معرفی کردند.

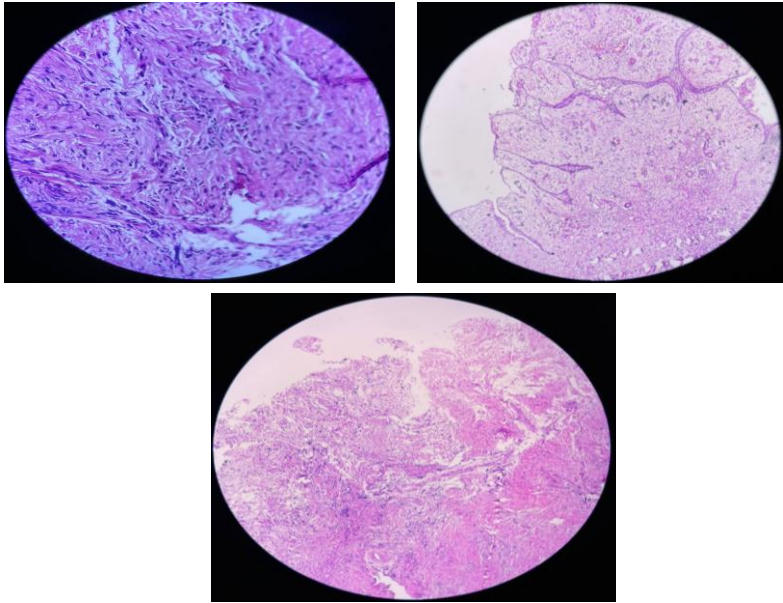
استئوبلاستومای مهاجم تمایل به عود بالا، تهاجم موضعی، بدون شواهدی از متاستاز داشته و از نظر میکروسکوپی با حضور استئوبلاستهای اپیتلوئیدی، مشخص میشود^(۳). درمان استئوبلاستوما به وسیله جراحی موضعی یا کورتاژ می باشد. برخی ضایعات پس از انجام جراحی ناقص، عود می کنند که این میزان در انواع مهاجم معادل ۲۵ درصد است و در موارد نادری هم یک استئوبلاستوما ممکن است به یک استئوسارکوم تبدیل شود^(۴).

از آنجاییکه استئوبلاستومای فک توموری خوش خیم اما نادر است، تظاهرات بالینی و رادیوگرافیک غیراختصاصی آن موجب مشکلات تشخیصی و حتی اشتباه با ضایعات بدخیم می گردد از این رو عدم تشخیص درست این ضایعه نه تنها در بررسی رادیولوژی و بالینی دیده می شود، حتی در بررسی هیستوپاتولوژیک نیز نیاز به کارآزمودگی آسیب شناس دارد، زیرا در مواردی که ضایعه پرسلول باشد منجر به تشخیص اشتباه با استئوسارکوم می گردد، بنابراین هدف از این مطالعه گزارش یک مورد نادر از استئوبلاستومای فک پایین در زن ۵۲ ساله بود.

معرفی بیمار:

بیمار خانمی ۵۲ ساله با شکایت از درد در ناحیه دندان های مولار پایین سمت راست که از حدود ۴ ماه پیش شروع شده بود اما به دلیل باردار بودن (ماه هشتم) اقدامی انجام نشده بود تا اینکه به جراح فک و صورت در بیمارستان بوعلی مراجعه نمود (شکل ۱).

نامنظم به همراه استئوبلاست های برجسته با هسته هایپرکروم در اطراف استئوکلاست های چند هسته ای در استرومایی از بافت همبند سست و پرعروق و نواحی کانونی از خونریزی مشهود بود. (شکل ۵-ج) تشخیص نهایی ضایعه استیوبلاستوما خوش خیم بود.



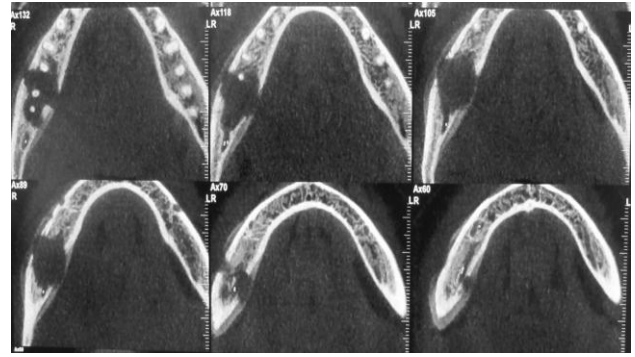
شکل ۵: رنگ آمیزی هماتوکسیلین - ائوزین ضایعه
الف- ضایعه کلسینیک نوک ریشه
ب و ج- نمای میکروسکوپی استئوبلاستوما

بیمار پس از ۶ ماه معاینه شد و رادیوگرافی پست آپ تهیه گردید.

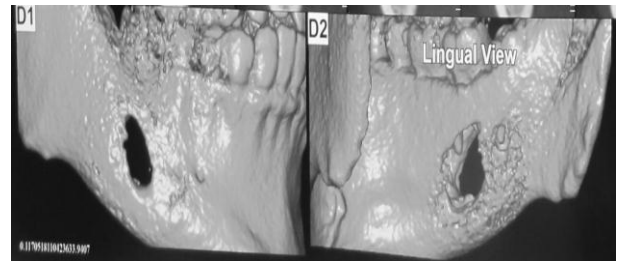


شکل ۶- رادیوگرافی پست آپ بیمار

بحث:



شکل ۳- نمای CBCT ضایعه (الف) و (ب)



شکل ۴- نمای رادیوگرافی سه بعدی وجود ضایعه مخرب را نشان می دهد

پس از دو هفته ضایعه در تاریخ ۹۷/۵/۲۷ با روش اکسینرال بیوپسی به همراه دندانهای مولر اول و دوم و سوم خارج شد و در فرمالین ۱۰ درصد به آزمایشگاه پاتولوژی ارسال شد. در بررسی ماکروسکوپی، ضایعه خارج شده متشکل از مقداری استخوان و دندانهای خارج شده بود. در بررسی میکروسکوپی سکشن ها، بخش هایی از یک کیست ادنتوژنیک التهابی را نشان می دهند که از دیواره بافت همبند فیروز تشکیل شده است و توسط اپیتلیوم سنگفرشی مطبق کماتی شکل، هایپر پلاستیک نازک پوشیده شده است. دیواره کیست مجاور اپیتلیوم پوششی، نسبتاً ادماتوز بود و حاوی پاسخ سلول های التهابی مزمن متوسط تا شدید می باشد. (شکل ۵-الف) قطعات دیگر سلول های فیبروبلاستیک استئوبلاستیک را در پس زمینه بافت همبند فیروز نشان می دهند. باقی مانده های کوچک ورقه های استوئیدی که توسط استئوبلاست های بزرگ احاطه شده اند نیز دیده می شود. شواهدی از بدخیمی وجود ندارد. همچنین صفحات بزرگ و تراکول های

موفق استفاده شده است^(۱۰). در مطالعه حاضر یک مورد استئوبلاستوم فک پایین ارایه شد. در بسیاری از موارد استئوبلاستومای فک میتواند همراه با درد، تورم و لق شدن دندان باشد و نمای یک عفونت دندان و یا استئومیلیت را داشته باشد^(۴).

در برخی موارد نیز اگر رشد تومور سریع باشد، تظاهرات رادیوگرافی غیرمعمول همراه با درد، میتواند به اشتباه مطرح کننده استئوسارکوم باشد^(۴) بنابراین با بررسی دقیق آسیب شناسی ضایعه موردنظر و مشاهده استخوانهای متراکم به صورت صفحات بزرگ و تراکول های نامنظم به همراه استئوبلاستهای برجسته با هسته هایپرکروم و در اطراف استئوکلاستهای چندهسته ای در استرومای از بافت همبندی سست پر عروق و نواحی کانونی از خونریزی میتوان بین این ضایعه خوش خیم، با استئوسارکوم به عنوان یک ضایعه بدخیم افتراق قائل شد.

در نهایت میتوان گفت استئوبلاستومای فک، تومور نادری است و تظاهرات بالینی و رادیوگرافی غیراختصاصی آن باعث مشکلات تشخیصی می گردد. این تومور بیشتر خوش خیم بوده و بنابراین درمان آن در صورت تشخیص صحیح موفقیت آمیز است.

استئوبلاستوما توموری خوش خیم و نادر است و ۹ درصد کل تومورهای خوش خیم استخوان و تنها ۱ درصد کل تومورهای استخوان را شامل می شود.^(۴)

استئوبلاستوما بیشتر در افراد کمتر از ۳۰ سال و بیشتر در زنان گزارش شده که با یافته های این مطالعه همخوانی دارد. استئوبلاستوما تمایل به درگیر کردن ستون فقرات دارد. در ۳۰ درصد مبتلایان درگیری در ستون فقرات و ساکروم مشاهده میشود. با اینحال جمجمه، فک بالا و پایین ۱۵ درصد موارد ابتلا را تشکیل می دهند. در بیشتر موارد، درد موضعی خفیف یک تظاهر بالینی شایع در استئوبلاستوماست که در ۸۷ درصد بیماران گزارش میشود. در این گزارش نیز بیمار دارای درد در ناحیه درگیری بود.

تظاهرات رادیوگرافی استئوبلاستوما اغلب غیراختصاصی و غیرتشخیصی هستند ولی نشان دهنده یک ضایعه خوشخیم میباشد. تظاهرات رادیوگرافی تومور برحسب محل آن میتواند متفاوت باشند. وسیع شدگی استخوان در محل تومور، نازک شدن کورتکس و وجود توده نسج نرم در محل تومور استخوانی ممکن است در این تومور مشاهده شود.^(۶) که این علایم در برخی بیماران شک به بدخیمی ضایعه را در پزشک تقویت میکند.

Lypka و همکاران، استئوبلاستومای فک پایین را

در یک مرد ۳۳ ساله گزارش نمودند و به اهمیت ارتباط میان ویژگیهای بالینی، رادیوگرافی و میکروسکوپی، جهت تشخیص درست استئوبلاستوما و در نهایت جراحی دقیق و پاکسازی کامل ضایعه به منظور جلوگیری از عود، تاکید نمودند.^(۹)

درمان برای تمام بیماران مبتلا به استئوبلاستوما، شامل جراحی همراه با پاکسازی کامل ناحیه از ضایعه موردنظر بدون هیچگونه رادیوتراپی و یا شیمی درمانی میباشد^(۴) از Denosumab جهت درمان استئوبلاستوما مهاجم به طور

References:

1. Manjunatha BS, Sunit P, Amit M, Sanjiv S. Osteoblastoma of the jaws: report of a case and review of literature. *Clinics and Practice* [Internet]. 2011 Sep 9 [cited 2022 Jun 6];1(4):e118. Available from: /pmc/articles/PMC3981446/
2. SID.ir | Prevalence Of Two Types Of Osseous Lesions: Fibro Osseous And Bony Tumors Of Head And Neck In Pathology Department Of Dental School And Tabeghani Hospital During 1981-2004
3. Alvares Capellozza AL, Gião Dezotti MS, Casati Alvarez L, Negrão Fleury R, Sant' Ana E. Osteoblastoma of the mandible: systematic review of the literature and report of a case. <http://dx.doi.org/101259/dmfr/24385194> [Internet].
4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. [PDF] Oral And Maxillofacial Pathology, 4e CLICK HERE FOR DOWNLOAD. 2015
5. Frequency of Non Odontogenic Lesions with Formation of Bone or Cartilage in Referral Patients to Mashhad Dental School from the Beginning To 2010 - Mashhad University of Medical Sciences Repository [Internet].
6. Ellingsen T, Nalley A, Oda D, Dodson TB, Lee PP. Osteoblastoma and Osteoid Osteoma of the Mandible: Review of the Literature and Report of Two Cases. *Jornet PL, editor. Case Reports in Dentistry* [Internet].
7. Sahu S, Padhiary S, Banerjee R, Ghosh S. Osteoblastoma of mandible: A unique entity. *Contemporary Clinical Dentistry*. 2019 Apr 1;10(2):402-5.
8. Matsuzaka K, Shimono M, Uchiyama T, Noma H, Inoue T. Lesions related to the formation of bone, cartilage or cementum arising in the oral area: a statistical study and review of the literature. *Bull Tokyo Dent Coll* [Internet].
9. Lypka MA, Goos RR, Yamashita DDR, Melrose R. Aggressive osteoblastoma of the mandible. *Int J Oral Maxillofac Surg*.
10. Wong K, Chantharasamee J, Nelson S, Eckardt MA, Motamedi K, Hornicek FJ, et al. Aggressive osteoblastoma with a secondary aneurysmal bone cyst treated with denosumab.